

EL ANÁLISIS PRELIMINAR DE LOS RESULTADOS DE TRABAJOS ADICIONALES DE CAMPO Y REUNIONES EN AMBIENTES HOSPITALARIOS

El trabajo de campo adicional que el equipo llevó a cabo, reveló algunos cambios positivos en las políticas prácticas del parto. Por ejemplo, el trabajo llevado por MotherCare como seguimiento de un programa de capacitación en treinta diferentes centros médicos a nivel distrital, nos parecía clave por el hecho de que se asegura que los cambios recomendados en la nueva *Norma boliviana de salud* (ya tratada en la sección 1.1) hayan sido cumplidos. Como parte de su programa, MotherCare también buscó cambios en cinco prácticas claves, seleccionadas en base a nueve normas andinas del parto, tales como:

- Asegurar la presencia del esposo/una partera durante el parto;
- Asegurar la privacidad de la parturienta durante el proceso;
- Mantenerla abrigada durante el parto;
- Facilitar el uso de la posición vertical (en especial “de cuclillas”) para el parto;
- Devolver la placenta a la mujer cuando tiene su parto en un hospital.

Estas recomendaciones MotherCare extrajo del Informe Final de ILCA, 1995c, en el proyecto anterior que hicimos bajo el auspicio de la Unión Europea (Verónica Kaune, comunicación personal, en prensa). Se analiza la evaluación de aquel programa de capacitación en Kaune y Selwyn (2000).

Sin embargo, en muchos otros niveles, tanto locales como nacionales, han surgido mayores problemas de entendimiento respecto a los cambios de políticas de parto y, del mismo modo, problemas en la disseminación de los protocolos establecidos en la *Norma boliviana de salud*, en la distribución de los resultados de investigaciones recientes y en el

seguimiento de los programas de capacitación. Por ejemplo, en una reunión con el personal médico del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Primaria, en El Alto de La Paz, se notó una confusión respecto a las políticas apropiadas del “parto humanizado” y “parto limpio”, y un desconocimiento de los nuevos reglamentos en la *Norma*.

En el sentido estricto de los términos, la nueva *Norma* representa un avance considerable sobre los esfuerzos anteriores por reformar las prácticas del parto en el sector estatal de salud. Cuando la *Norma* recomienda abandonar la episiotomía rutinaria o la aplicación de específicos oxitócicos, esto refleja la demanda creciente a nivel internacional sobre la búsqueda de prácticas bien investigadas y evaluadas en forma crítica, y la nueva concientización de la necesidad de apoyar los partos normales. En este sentido, el “parto humanizado”, que fue uno de los esfuerzos en la década de 1980 para hacer que los partos constituyeran una experiencia psicológica más agradable, especialmente para las mujeres rurales, ya no tiene la prioridad en la elaboración de las políticas y prácticas apropiadas del parto, y con mucha razón. Esto se debe a que el “parto humanizado” se centró en los criterios “psicológicos” del parto, y no llegó a establecer criterios para evaluar el impacto de las intervenciones obstétricas rutinarias sobre la fisiología de los partos. Evidentemente el personal médico del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Primaria seguían el modelo previo de “parto humanizado” en vez de actualizar su prácticas según la nueva *Norma*.

Actualmente, se ha cambiado el énfasis sobre el procedimiento completo del parto, y sobre los términos de evaluación de los mejores resultados físicos y psicológicos para las mujeres. La recomendación en la *Norma* en favor de la posición vertical del parto, no simplemente constituye una forma de apoyar las prácticas culturales andinas que favorecen las posiciones de cuclillas o de “cuatro patas”. Más bien es una recomendación que refleja los resultados de las investigaciones más recientes y amplias respecto a las ventajas fisiológicas cuando la mujer adopta semejante posición (ver sección 1.1 y Apéndice 12), ventaja que contribuye, al fin de cuentas, a una mejor seguridad en el parto y resguardo a su salud. Ésta es precisamente la razón por que la posición vertical en el parto es tan importante en las culturas aymara y quechua. Las mujeres y las parteras empíricas, hace mucho tiempo que han reconocido el valor de hacer del parto algo más seguro. En este sentido, el criterio que se ha calificado como “tradicional” por el sistema formal de salud, coincide precisamente con los criterios científicos más modernos sobre el parto.

Entonces, ¿por qué los médicos que trabajan en el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Primaria en El Alto de La Paz (y en los talleres en Oruro) insisten en la necesidad de “educar” a las mujeres aymaras sobre la aceptación de los tratamientos obstétricos, en tanto que ellas van a las parteras, por razones “culturales”? Estos médicos también enfatizan que no se puede recurrir al “parto humanizado” en casos de partos difíciles, adoptando así otra forma

superada de pensar. La *Norma boliviana de salud* recomienda a los médicos adoptar formas óptimas de comunicación para lograr los mejores resultados en las parturientas en todos los partos. Muchos de los médicos también mencionaron que las parteras empíricas no pueden manejar partos difíciles. Esto demuestra que algunos de ellos desconocen las prácticas de las parteras empíricas e indica la urgencia de iniciar un mayor debate sobre lo que denominamos las “zonas grises/áreas de diálogo” (en la figura del Apéndice 5).

Persiste el problema en torno al “parto limpio” y su definición entre el personal biomédico. Nuestro trabajo de campo reveló, por una parte, un alto grado de desconocimiento sobre cómo hacer que los partos sean seguros en los hogares y, por otra, muchas violaciones del “parto limpio” dentro del propio ambiente clínico. Los miembros del equipo observaron las siguientes omisiones graves:

- En un caso, un médico hizo tacto vaginal sin cambiarse de guantes, sólo se enjuagan las manos con los guantes puestos, para pasar de una auscultación a otra;
- En otro caso, un joven médico administró la anestesia local para suturar un desgarró perineal de 12 puntos, resultado de haber obligado a pujos directos a la parturienta en la posición ginecológica durante la segunda etapa del parto (ver la sección 1.1 anterior y el Apéndice 12 para un análisis de estos factores);
- Y, cuando necesitó una inyección de refuerzo para completar la suturación, reinsertó la misma aguja en el frasco de anestésico, en lugar de cambiarla a pesar de que quedaba suficiente anestésico para otra paciente ¹.

Hay necesidades obvias para la toma de medidas estrictas en la enseñanza y las reglas sobre el “parto limpio” en el ambiente clínico. A su vez, surge la necesidad de combatir la ignorancia en los centros médicos (basada a menudo en una especie de racismo y discriminación) en cuanto a las prácticas que ayudan a asegurar un “parto limpio” para las mujeres que dan a luz en su hogar.

Otros resultados del trabajo de campo que llamaron la atención, puesto que no seguían los reglamentos de la *Norma boliviana de salud*, fueron:

- La falta generalizada de aceptación de la posición vertical en el parto, entre las unidades enumeradas en la sección 3.4 anterior;
- La episiotomía rutinaria para madres primíparas;

¹ Históricamente, en los hospitales de Europa y los Estados Unidos, el incumplimiento del régimen de asepsia convertía a los hospitales en lugares mucho más peligrosos para dar a luz y hacía del hogar un lugar mucho más seguro, en el que menos mujeres debían afrontar la morbilidad o la pérdida de su vida debida a la sepsis (Shorter, 1982; Tew, 1995).

- La tricotomía rutinaria cuando se usa la episiotomía;
- El uso universal de la ergometrina inyectable después de la expulsión de la placenta en todos los nacimientos en el Dispensario San José de Poconas, Sucre. Debido a su acción farmacológica, la ergometrina contribuye a índices elevados de hemorragias secundarias en el postparto y su uso ya no es recomendado por la O.M.S.².
- Un índice altamente inaceptable de secciones cesáreas de 22.65% en los primeros seis meses de 1998 en el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Primaria (en El Alto de La Paz)³.

No se usó el método fisiológico de expulsión de la placenta en ninguna de las unidades que estudiamos.

En general encontramos un desconocimiento preocupante de la *Norma*, de los cambios en las políticas a nivel internacional, y de cualquiera de los resultados de investigaciones pertinentes recientes. Con frecuencia, también encontramos de parte del personal médico un lenguaje negativo y discriminatorio contra las mujeres aymaras y quechuas.

La única ocasión en que vimos que se acataba uno de los reglamentos de la *Norma*, fue cuando visitamos el Hospital de Lajastambo, en Sucre, donde el personal nos dijo que se daban caldos a las paridas y toda el agua que pedían durante el trabajo de parto, para evitar la deshidratación.

² Ver Begley (1990, 1998), O.M.S. (1996), etc.

³ Según la Declaración de Fortaleza de la O.M.S., todos los países con menores tasas de mortalidad perinatal en el mundo, tienen una tasa de sección cesárea de menos de 10%; por tanto, no existe ninguna justificación, en ninguna región, de tener una tasa de sección cesárea de más de 10-15% de todos los partos (O.M.S., 1985). Nota: En 1997, la tasa anual para el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Primaria (en El Alto de La Paz), fue 13.21%, lo que indica un tasa de crecimiento puede exceder muy pronto esta recomendación.